

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

N°

THÈSE

221

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

PIERRE BASSIN

Né le 28 Décembre 1905, à Ennezat (Puy-de-Dôme)

Les présentations du front et leur thérapeutique

President de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

1930

Librairie Marcel VIGNE

11 et 13, rue de l'Ecole de Médecine

PARIS (VI^e)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

PIERRE BASSIN

Né le 28 Décembre 1905, à Ennezat (Puy-de-Dôme)

Les présentations du front et leur thérapeutique

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

1930

Librairie Marcel VIGNE

11 et 13, rue de l'École de Médecine

PARIS (VI^e)

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. ROGER.



	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LECENE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie. .	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANCON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphili- tiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	CCUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L FAURE.
Clinique gynécologie.	
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.	AUBERTIN.
Pathologie médicale.	BENARD HENRI.
Physiologie.	BINET.
Chimie biologique.	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale.	BROCQ.
Pathologie médicale.	BRULE.
Pathologie chirurgicale.	CADENAT.
Pathologie médicale.	CATHALA.
Pathologie médicale.	CHABROL.
Pathologie médicale.	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.	DE GAUDAR D'ALLAINES
Physique.	DOGNON.
Pathologie médicale.	DONZELOT.
Obstétrique.	ECALLE.
Urologie.	FEY.
Pathologie expérimentale.	GARNIER.
Bactériologie.	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.	GATELLIER.
Histologie.	GIROUD.
Pathologie médicale.	HARVIER.
Anatomie.	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Hygiène.	JOANNON.
Chimie biologique.	LABBE HENRI.
Parasitologie.	LAROCHE GUY.
Oto-rhino-Laryngologie.	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.	LEVEUF.
Pathologie médicale.	LIAN.
Pharmacologie.	MERCIER FERNAND.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Pathologie médicale.	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.	MOURE.
Histologie.	MULON.
Anatomie Pathologique.	OBERLING.
Anatomie.	OLIVIER.
Médecine légale.	PIEDELIEVRE.
Obstétrique.	PORTES.
Pathologie chirurgicale.	QUENU.
Physiologie.	RICHEL Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.	SEZARY.
Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Obstétrique.	VAUDESCAL.
Ophthalmologie.	VELTER.
Histologie.	VERNE.
Obstétrique.	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie.	BUSQUET.
Obstétrique.	GUENIOT.
	LEQUEUX.
Parasitologie.	NEVEU-LEMAIRE.
Physique.	ZIMMERN.
Obstétrique.	DEMELIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale.	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale.	AUVRAY.
Clinique chirurgicale.	CHEVASSU.
Clinique médicale.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique obstétricale.	LE LORIER.
Clinique médicale.	LERI.
Clinique chirurgicale.	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.	PROUST.
Clinique chirurgicale.	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS.

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	MAUCLAIRE, agrég.
Stomatologie.	FREY.
Education physique.	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.	LEDoux-LEBARD.
Puériculture.	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, LE DOCTEUR G. BASSIN
Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre admiration et de notre affectueuse reconnaissance. Son exemple sera pour nous le meilleur guide au cours de la carrière qu'il nous a tracée.

A MA MÈRE

Faible gage de notre profonde affection.

A MA FAMILLE, A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale à la
Faculté de Médecine.

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Hommage respectueux.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE DOCTEUR DIGONNET
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Chef de clinique à la Faculté de Médecine

*Dont les conseils nous ont été
précieux pour la rédaction de ce
travail.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE
CLERMONT-FERRAND

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. PIOLLET
Professeur de clinique chirurgicale
à l'Ecole de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui fut notre premier maître
dans les Hôpitaux. Hommage de
notre reconnaissance pour son pré-
cieux enseignement et pour l'inté-
rêt qu'il nous a toujours porté.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MERLE
Professeur de clinique médicale
à l'Ecole de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de notre vive
gratitude pour les leçons qu'il nous
a prodiguées pendant notre inter-
nat dans son service.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. BUY
Professeur d'Anatomie à l'Ecole de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous lui exprimons notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BILLARD
(in memoriam)
Ancien Directeur de l'Ecole de Médecine
Professeur de physiologie
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAIGNE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de Paris
Directeur de l'Ecole de Médecine
de Clermont-Ferrand
Officier de la Légion d'Honneur

A MESSIEURS LES DOCTEURS : PLANCHARD,
DIONIS DU SEJOUR, MOUREYRE. FRANÇOIS,
ALARY, MATHIEU.

HISTORIQUE

Mauriceau fut le premier à mentionner la présentation du front vers 1680.

Solayrès de Renhac et Baudelocque l'énumèrent parmi les différentes variétés de présentation. Malgré la réaction de Delenrye, Baudelocque considère que les présentations céphaliques mal fléchies sont extrêmement graves et pour la mère et pour l'enfant. Il conseille de les transformer en sommet toutes les fois que la chose est possible. On introduit une main dans les organes génitaux avec laquelle on va embrasser la région occipitale pour l'entraîner vers le bas.

En somme pendant tout le XVIII^e siècle, la plupart des accoucheurs confondent la présentation de la face et celle du front; tous déclarent qu'elles ne peuvent pas se terminer seules.

Madame Lachapelle donne une étude complète des présentations de la face et distingue les variétés frontales. Elle signale quelques rares cas d'accouchements spontanés par le front, mais elle conseille cependant la transformation en face.

Pour cela soutenir à chaque douleur d'abord le haut du front, puis le front lui-même, ce qui permet au menton de s'abaisser de plus en plus. En deuxième lieu, tirer sur le menton avec deux doigts en crochet. Dans les cas où la variété frontale persiste, dans les cas où il y a une complication; hémorragie, issue du cordon, inertie utérine, la version se trouve indiquée.

En 1844, Chailly pose les contre-indications de la réduction manuelle.

Jacquemier, dans son traité d'Obstétrique paru en 1846, est encore partisan de la transformation manuelle ou instrumentale « Mais si la tête conserve sa situation première, on conçoit que l'on puisse être dans l'impossibilité de l'entraîner et dans la nécessité d'avoir recours à la perforation du crâne ».

En 1873, Schatz décrit un nouveau procédé de transformation par manœuvres externes: on saisit le fœtus par les épaules à travers la paroi abdominale et on le soulève tandis qu'un aide exerce une vigoureuse pression sur l'occiput pour fléchir la tête. Cette manœuvre est difficile et n'est possible que si l'utérus et la paroi ont une souplesse particulière.

Vers 1890, apparaît un fait nouveau : la symphyséotomie de Sigault est réhabilitée en France par le Professeur Pinard, Farabeuf et Varnier et

bientôt la présentation du front va en bénéficier.

Gravier à l'instigation de Varnier, dans une conclusion de sa thèse, soutenue à Paris en 1892, propose la symphyséotomie d'emblée comme intervention de choix pour les variétés frontales dans les bassins viciés. Et dans les bassins normaux quand on a appliqué un forceps et que les tractions modérées ne suffisent pas à faire progresser la tête.

Si l'indication est posée, Gravier ne cite pas d'observation où elle ait été réalisée.

En 1894, Varnier fait une leçon sur l'issue heureuse de sa première intervention pour présentation du front. Il s'agit d'une femme ayant un bassin légèrement vicié, la dilatation est complète depuis 11 h. et la symphyséotomie permet d'extraire au forceps un enfant vivant. Au Congrès de Moscou en 1897, il dit que la symphyséotomie doit être le mode de traitement « de certaines présentations vicieuses fixées, variétés frontales de la face, par exemple, dans les bassins normaux. »

En 1902, Wallich fait une communication à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie sur « La symphyséotomie dans les présentations persistantes du front ». (Etude comparative des cas observés en 20 ans, de 1882 à 1902, dans le service du Professeur Pinard à la maternité de Lariboisière et à la clinique Baudelocque). Sur

12 cas non traités par la symphyséotomie: mortalité maternelle 2 cas soit 16 p. 100, fœtale 7 cas, soit 58 p. 100. Dans 7 cas traités par la symphyséotomie: mortalité maternelle 0, fœtale 2 cas, soit 28,5 pour 100. Et il conclut : « On peut sans être taxé d'exagération, simplement constater qu'un plus grand nombre d'enfants ont été extraits vivants et que les mères ont couru moins de risques dans les cas où l'on a pratiqué la symphyséotomie. »

La même année, le Professeur Pinard précise les conditions qui constituent une indication réelle et légitime de la symphyséotomie dans les présentations du front. « Selon moi, dit-il, on doit intervenir quand la tête est enclavée... Quand au contraire, la tête peut être mobilisée de haut en bas ou de bas en haut, soit par la contraction utérine, soit par la pression digitale, je pense que l'application de forceps est préférable lorsqu'une indication de terminer l'accouchement résultant soit de l'état de souffrance de l'enfant, soit de l'état de la mère, fait son apparition. »

Cependant on s'aperçoit peu à peu que la symphyséotomie, qui avait amélioré d'une façon nette le pronostic des présentations du front, présentait aussi des inconvénients. Aussi, dès 1908, le professeur Pinard dans une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie sur la thé-

rapeutique à appliquer dans les cas de dystocie causée par la présentation persistante du front, rapporte un cas d'opération césarienne. « Dans certains cas, le forceps ou la symphyséotomie, permettent une extraction facile, mais il faut attendre la dilatation complète pour pratiquer l'une ou l'autre de ces interventions. — Beaucoup d'enfants meurent ou ont une vitalité très atteinte pendant cette angoissante période. — M. Wallich vous a montré qu'en pratiquant la symphyséotomie, la mortalité fœtale était encore de 28 pour cent. — J'espère faire mieux et pour cela, je pratique sans hésiter, l'opération césarienne. Non pas certes quand le front est engagé et progresse, mais quand la dilatation étant complète, la tête reste stationnaire. »

En 1909, son élève, Chevalier, rapporte dans sa thèse trois opérations césariennes avec 3 enfants vivants et un décès maternel.

En 1912, E. Levy en cite encore un cas opéré avec succès à la clinique Baudelocque.

Cependant, du fait même de la présentation du front, l'intervention est fatalement une opération tardive avec toutes ses conséquences: membranes rompues depuis longtemps, liquide amniotique plus ou moins infecté, touchers nombreux. Ce sont de mauvaises conditions opératoires pour la césarienne haute et l'on sait que dans ces cas, les

statistiques donnent une mortalité qui varie entre 8 et 25 %.

Depuis 1924, la césarienne basse a été appliquée à Baudelocque. Elle paraît être actuellement la meilleure intervention, car elle permet d'opérer avec le minimum de risques dans les conditions défavorables que nous venons de préciser.

En 1925, Rossier, dans son rapport sur les indications des pelvitomies, cite dans ses conclusions, la « présentation persistante du front et présentation du front enclavé » comme justiciable de cette intervention. Ce rapport fut très discuté par les partisans de la césarienne basse qui commençait à se répandre.

Nous nous proposons dans ce travail, l'étude des cas de présentation du front observés à la Clinique Baudelocque; étude tant au point de vue clinique que thérapeutique.

PREMIERE PARTIE

ETUDE ANALYTIQUE D'ENSEMBLE

Nous avons pu réunir 33 cas de présentation du front observés à la Clinique Baudelocque entre le 1er janvier 1919 et le 1er janvier 1930, sur un ensemble de 40.005 accouchements. Cela fait une proportion de une présentation du front pour 1212 accouchements.

Les résultats globaux donnent une mortalité maternelle de 2 et une mortalité fœtale de 11 pour 33 cas.

Au point de vue de la terminaison on note :

11 accouchements spontanés.

12 extractions au forceps.

1 version.

2 symphyséotomies.

5 opérations césariennes.

2 basiotripsies pour enfant mort.

Le traitement employé a donc été, selon les circonstances, obstétrical ou chirurgical. Mais un premier fait est frappant: tantôt l'accouchement

ne présente pas de difficultés particulières et se termine spontanément ou par une extraction facile au forceps, tantôt, au contraire, il y a dystocie véritable nécessitant une intervention plus importante: forceps à la partie haute de l'excavation, version, symphyséotomie, césarienne. C'est cette division qui va servir de plan à notre travail. Dans le premier groupe, la tête s'engage et progresse, dans le deuxième groupe, elle ne s'engage pas ou s'enclave et ne progresse plus.

CHAPITRE I

ETUDE DES ACCOUCHEMENTS SIMPLES

FRÉQUENCE

Dans notre statistique, l'accouchement a été relativement facile dans 19 cas :

11 fois il s'est terminé spontanément.

8 fois par une application de forceps dans l'excavation ou au détroit inférieur; mais l'extraction n'a pas présenté de difficulté sérieuse.

ETIOLOGIE

I. — *Du côté maternel*

Au point de vue de la *parité* on relève :

14 primipares;

5 multipares :

Une femme en est à sa 2ème gestation.

— 3ème gestation

— 5ème gestation.

— 6ème gestation

— 8ème gestation

Le *bassin* paraît rétréci une seule fois: mais le promontoire n'est pas atteint et l'exploration est rendue difficile par l'engagement de la tête.

Deux fois, *le placenta est inséré sur le segment inférieur*: une fois il est presque marginal.

La seconde fois, les membranes mesurées donnent 30/4.

Enfin, dans une observation, on signale de la contracture utérine: l'enfant prématuré présente à sa naissance, un sillon profond de strangulation qui passe en bretelle sur l'épaule gauche. Le placenta est incarcéré.

II. — *Du côté du fœtus.* — Sur 19

Cinq enfants sont des prématurés: 4 sont nés au cours du 9ème mois de la gestation, 1 au cours du 8ème mois.

Deux enfants sont morts et macérés.

Deux autres sont les premiers nés d'une gestation gémellaire. Une fois il y a association à la procidence d'une main.

Quant au volume :

2 enfants pèsent moins de 2000 gr. (1530 et 1930).

8 enfants pèsent entre 2000 et 3000 gr.

7 enfants pèsent de 3000 à 3200 gr.

2 enfants pèsent plus de 3.500 gr.

III. — *Du côté des annexes*

Une fois on a relevé au cours du 9ème mois un excès de liquide se traduisant par une augmentation brusque du volume de l'utérus et une tension permanente de la paroi. Aucun signe de spécificité n'est trouvé, la grossesse est unique.

MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT

I. — *La dilatation.* — La durée de la dilatation a été la suivante :

Chez les 14 primipares :

6 fois inférieure à 19 h.;

3 fois comprise entre 19 h. et 31 h.;

Les autres fois elle a été de 39 h. 30, 43 h. 30,
51 h. 45, 59 h. 30, 72 h. 45.

Chez les 5 multipares :

3 fois inférieure à 11 h.;

1 fois elle dure 13 h. 40;

1 fois elle dure 22 heures.

II. — *La rupture des membranes :*

6 fois prématurée;

7 fois précoce;

2 fois tempestive;

2 fois artificielle à dilatation complète.

III. — *L'engagement* n'a pas présenté de difficulté spéciale ;

IV. — *La période d'expulsion dure :*

9 fois moins de 2 heures;

1 fois 2 h. 45;

1 fois 4 h. 10.

8 fois elle est abrégée par une application de forceps.

V. — *Le dégagement se produit :*

11 fois selon le mode classique;

1 fois selon les diamètres buccaux;

1 fois en naso-transverse;

6 fois en face après déflexion de la tête sur le plancher périnéal.

VI. — *La délivrance est :*

15 fois naturelle;

4 fois artificielle: une fois pour incarceration du placenta, une fois pour insertion basse.

PRONOSTIC

Pour la mère : aucun décès.

Une phlébite s'est produite le 10^e jour et la femme est sortie en bon état au bout de 3 mois. L'accouchement avait débuté en ville où l'on avait pratiqué plusieurs interventions: rupture artificielle des membranes, application de forceps.

Une fois après application de forceps et déchirure du périnée les suites de couches sont fébri-

les. La malade sort en bon état un mois après l'accouchement.

Déchirures du périnée: 1 fois elle est complète intéressant le sphincter anal, mais pas la muqueuse rectale.

4 fois elle est incomplète.

1 épisiotomie simple a été pratiquée.

Pour l'enfant : Quatre enfants sont morts :

Une fois il y avait insertion basse du placenta et l'enfant est mort au début du travail.

Une fois l'enfant est mort avant tout début de travail, la mère syphilitique avérée ne s'était pas fait soigner.

2 enfants n'ont pas été ranimés. L'un est mort à la fin de la période d'expulsion sans aucune intervention. Quant à l'autre, il avait subi une application de forceps en ville et sa vitalité était très compromise au moment de son arrivée à la clinique.

Enfin un prématuré de 1.530 gr. a respiré mais n'a pas crié.

Deux enfants ont été ranimés par les moyens courants : l'un en état de mort apparente, l'autre simplement étonné.

En somme il n'y a guère qu'une mort dont on puisse rendre la présentation du front responsable.

DEFORMATIONS PLASTIQUES

I. — *La bosse sero-sanguine* est toujours volumineuse, la peau est violacée. Une seule fois l'accouchement d'un prématuré s'est effectué en 7 h. 35 en donnant une bosse séro-sanguine peu marquée.

Toujours elle siège sur la région frontale entre la racine du nez et la fontanelle antérieure.

II. — *Phlyctènes*. — Deux fois on a constaté la présence de phlyctènes: une fois sur la paupière et une fois sur la joue. Dans ce dernier cas le dégagement s'est effectué en face.

III. — *L'extension de la tête* sur le tronc est notée une seule fois et ne paraît pas avoir persisté.

IV. — *Les diamètres* :

L'O. F. est 4 fois supérieur à 12 cm 5 allant jusqu'à 14 cm 1;

L'O. F. est 6 fois compris entre 12 et 12 cm 5;

L'O. F. est 7 fois inférieur à 12 cm.

L'O.M. est deux fois égal ou supérieur à 13cm,5;

L'O. M. est une fois de 13 cm et une fois de 12 cm, 7.

Les autres fois, il est inférieur à 12,5 et même souvent à 12 cm.

L'O. F. est donc plutôt augmenté dans l'ensemble.

L'O. M. est nettement diminué.

EVOLUTION

I. — *Les accouchements spontanés.* — Voyons les observations séparément :

Obs. I : Accouchement prématuré au cours du 9^e mois; enfant petit: poids 2.980 gr. Bi P : 9,5,

Obs. II: Dégagement en face. Poids 3210 gr. Bi P: 9,5.

Obs. III: III^e pare, enfant de 3070 gr. Bi P: 9,2.

Obs. IV : Dégagement en face. Enfant petit: poids 2840 gr. Bi. P: 9.

Obs. V : Enfant mort à la fin de la période d'expulsion qui a duré 4 h. 10. Poids 3200. Bi P : 8.

Obs. VI : Accouchement prématuré. Enfant petit: poids 2180 gr. Bi P : 9 cm.

Obs. VII : Dégagement en face. Enfant petit : 2670 gr. Bi P : 9,3.

Obs. VIII : Accouchement prématuré; enfant petit: 2700 gr. Bi P : 9 cm.

Obs. IX: Dégagement en face: enfant de 3000 gr. Bi P : 9 cm.

Obs. X et XI : Enfants nés morts et macérés, le 1^{er} au début du travail, le second avant le travail (syphilis).

Les enfants sont donc petits puisqu'aucun ne pèse plus de 3200 gr. et que le diamètre bi-pariétal est toujours inférieur à 9 cm 5, sauf 2 cas où il atteint cette longueur.

II. — *Les forceps.* — *L'indication du forceps a été posée :*

4 fois pour souffrance fatale. Les enfants pèsent : 2500, 3200, 3650, 3020. Le Bi P mesure 9,2, 9, 10,6, 8,9.

1 fois pour éclampsie. Enfant de 3700 gr. Bi P : 9,1.

1 fois chez une femme tuberculeuse, au moment de la période d'expulsion. Enfant de 1530 gr.

2 fois pour le premier enfant d'une gestation gemellaire, la tête engagée progressant mal. Enfants de 2280 et 1930 gr. Le Bi P mesure 9,2 et 9.

Les résultats : ont été examinés en bloc avec les accouchements spontanés.

CHAPITRE II

ETUDE DES ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

FREQUENCE

Nous en avons relevé 14, ce qui fait une proportion de 42 cas dystociques pour 100 présentations du front.

ETIOLOGIE

I. — *Du côté maternel.*

La parité. — Nous retrouvons 7 primipares et 7 multipares. Parmi celles-ci :

Une femme a fait un avortement antérieur à 3 mois.

3 femmes accouchent pour la 2ème fois.

1 femme accouche pour la 3ème fois.

1 femme accouche pour la 4ème fois.

Le Bassin. — 9 fois il est rétréci.

3 fois le promontoire n'est pas atteint.

3 fois le diamètre promonto-sous-pubien est compris entre 11 et 10 cm 2.

3 fois l'accommodation de la tête et une grosse bosse sero-sanguine empêchent la mensuration.

L'obliquité utérine est relevée une seule fois associée à un rétrécissement du bassin.

II. — *Du côté du fœtus.* — Le poids.

1 enfant pèse 2.200 gr.

3 enfants ont un poids compris entre 2.500 gr et 3.000 gr.

5 enfants ont un poids compris entre 3000 et 3500 gr.

2 enfants ont un poids compris entre 3500 et 4000 gr.

1 enfant pèse 4100 gr.

2 autres ont été extraits par basiotripsie : l'un pesait 2950 gr. L'autre poids n'est pas connu, mais la hauteur utérine qui était de 36 cm après rupture des membranes indique que l'enfant devait être volumineux.

III. — *Du côté des annexes.*

Une fois il y a circulaire du cordon et l'enfant meurt.

Deux fois on trouve un excès de liquide constaté à la consultation un mois avant l'accouchement.

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

I. — *La dilatation.*

1. Pour les cas qui se sont terminés par voie

basse il est possible de rechercher la durée de la dilatation.

Chez les 4 multipares cette durée a été de 13 heures, 21 h. 40, 39 h. et 54 h.

Chez les 2 multipares elle a été de 19 h. 30 et 18 h. 10.

2. Dans les cas qui se sont terminés chirurgicalement, la dilatation n'a jamais été complète. Mais en plus on a noté 2 fois des anomalies; une fois le col a présenté des cicatrices de déchirures anciennes; une fois un léger œdème mou a nécessité une incision de 2 cm sur la face antérieure du col.

II. — *L'engagement.* — Il ne s'est pas produit, et les observations indiquent que la tête est élevée; elle se trouve soit au-dessus du détroit supérieur, soit à la partie haute de l'excavation.

III. — *La rupture des membranes est :*

5 fois prématurée, avant le début du travail.

6 fois précoce avant la dilatation complète.

3 fois artificielle à la dilatation complète.

IV. — *La délivrance* a été 7 fois naturelle;

7 fois artificielle: 2 fois par voie basse, 5 fois par voie haute après césarienne.

Les autres temps de l'accouchement, la rotation de la tête, son dégagement, n'ont jamais été spontanés, nous les étudierons donc avec les thérapeutiques.

LES THERAPEUTIQUES

Sur les 14 cas, nous relevons les interventions suivantes :

7 forceps suivis une fois de version, 2 fois d'une embryotomie.

2 symphyséotomies.

5 césariennes.

Nous allons rechercher pour chaque groupe, dans quelles conditions on a posé les indications opératoires et quels ont été les résultats.

LES FORCEPS

I. — *Conditions dans lesquelles on est intervenu :*

C'est 4 fois pour défaut de progression;

3 fois pour souffrance fœtale; mais la tête est toujours élevée.

II. — *Les résultats :*

1er groupe de 4 cas, où l'enfant a été extrait vivant : (Obs. XXI, XXIII, XXIV et XXVI). Un de ces enfants est mort 4 jours après sa naissance et présentait à l'autopsie une hémorragie intra-cranienne. Les 3 autres sont sortis vivants de la clinique.

Au point de vue maternel, il n'y a pas eu de décès. On a été amené à pratiquer une épisiotomie simple et deux épisiotomies doubles.

La rotation de la tête a été faite de façon à amener le nez sous la symphyse de la mère.

Le dégagement s'est fait une fois selon les diamètres buccaux, 3 fois selon le mode classique :

Le modelage de la tête a donné les déformations suivantes :

Bosse séro-sanguine volumineuse sur le front ;

L'O. F. = 12,5 - 13 - 12,8 et 11,7.

L'O. M. = 12,1 - 13,1 - 13 - 12,3.

2e groupe de 3 cas : le forceps n'a pas pu faire engager la tête. (Obs. xx, xxii, xxv).

1 fois on termine l'accouchement par version et l'enfant ne peut être ramené. L'extraction de la tête dernière est pénible le bassin étant légèrement rétréci (promontoire atteint à 11 cm).

2 fois l'enfant étant mort, on pratique une embryotomie céphalique: une fois une basiotripsie, une fois une cranioclasie (bassin rétréci: promontoire à 10 cm 3).

Quant aux mères, deux sont sorties en bon état de la clinique, mais celle qui avait subi la basiotripsie est morte d'infection.

LES SYMPHYSEOTOMIES

I. — *Conditions dans lesquelles ont est intervenu :*

Obs. XXVII. — Il s'agit d'une multipare à bassin plat: le promontoire est atteint à 10 cm 8; la tête n'est pas engagée, la dilatation est à peu près

complète. On intervient par la méthode classique et on termine par le forceps: deux prises successives sont nécessaires. Début du travail remontant à 19 h. 30.

Obs. XXVIII. — Chez une primipare la tête est enclavée dans un bassin limite. Dilatation grande paume. On pratique la symphyséotomie sous-cutanée. On fait une incision de 2 cm sur le col qui est œdématié. La femme est en travail depuis 39 heures.

II. — *Les résultats :*

Pour la mère. — Dans le 1er cas il y a eu déchirure de la partie inférieure de la vessie; la suture immédiate a donné une bonne cicatrice.

Pour l'enfant. — Le 1er n'a pas été ranimé.

Le 2ème est sorti vivant de la clinique. A sa naissance il présentait une grosse bosse séro-sanguine, la bouche était ouverte, la tête en hyperextension.

LES CESARIENNES

I. — *Conditions dans lesquelles ont est intervenu.*

Les césariennes hautes :

Obs. XXIX. — Une fois le bassin est rétréci, le col présente des cicatrices de déchirures anciennes et ne se dilate pas, les membranes sont rompues depuis 58 h., le liquide amniotique est clair, l'enfant paraît gros.

Obs. XXX. — Une fois la tête est bloquée au D. S. L'obliquité utérine, la notion d'accouchements antérieurs difficiles, la disproportion entre la tête fœtale et le bassin maternel, font craindre la rupture utérine. Les membranes sont rompues depuis 9 h. 30. Le liquide amniotique est clair. La T normale.

Obs. XXXI. — La 3^{ème} fois, le bassin est très rétréci, le promontoire est atteint à 9 cm 4; le travail a débuté depuis 36 heures, la poche des eaux est rompue depuis 18 heures, le liquide amniotique est normal. La tête est fixée et la dilatation stationnaire à 5 frâncs T : 36,7.

Les césariennes basses. (Obs xxxii et xxxiii).

La 1^{ère} fois en plus du rétrécissement du bassin, il y a une complication du côté du col: œdème avec dilatation à 5 f, poche des eaux rompue depuis 43 heures. T à 38 ° 5. Pouls à 105.

La 2^{ème} fois, malgré que la dilatation soit complète depuis 4 heures, la tête ne progresse pas. Le bassin est rétréci. Membranes rompues depuis 41 heure. T: 37,7.

En somme les indications viennent: du rétrécissement du bassin, de la tête qui ne s'engage pas, du col qui ne se dilate pas. Pour éviter la rupture utérine on se décide à intervenir par voie haute.

II. — *Procédés opératoires.*

3 césariennes hautes ont été pratiquées avant 1925. Deux fois on a terminé par hystérectomie, les membranes étant rompues depuis 58 heures et 18 heures. La 3ème fois on a conservé l'utérus les membranes étant rompues depuis 7 h. 45.

2 fois depuis 1925 on a eu recours à la césarienne basse. La 1ère fois, la dilatation est complète depuis 4 heures; les membranes sont rompues depuis 41 heures. Pas de drainage. La 2ème fois, les membranes sont rompues depuis 43 heures. T = 38 ° 5. On met un drain dans chaque fosse illiaque et 3 mèches.

III. — *Les résultats.*

Pour la mère: Césarienne basse: une femme est décédée de péritonite le 2ème jour; la 2ème est sortie un mois et demi après l'intervention, après avoir fait un peu d'infection localisée.

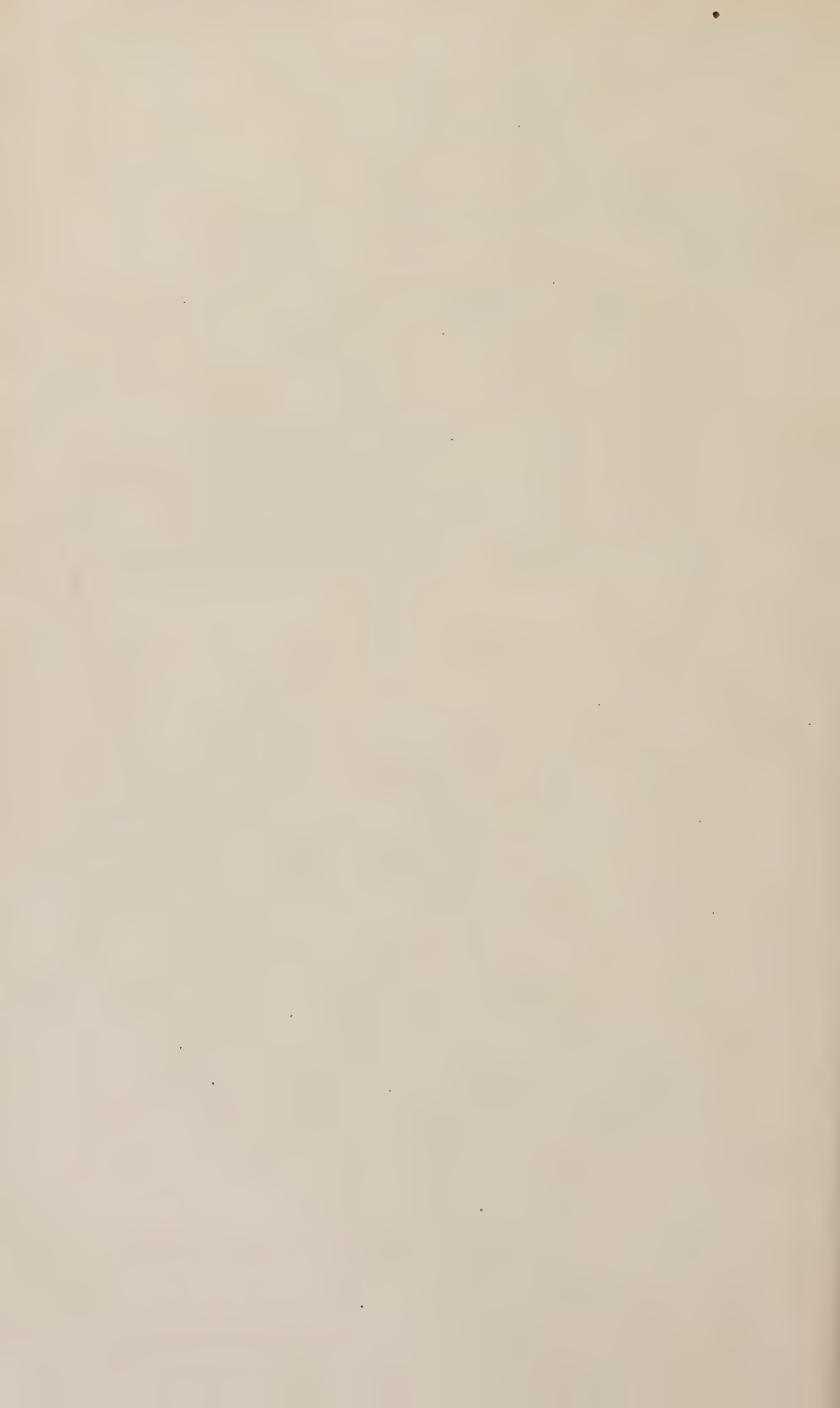
Césarienne haute: les 3 femmes sont sorties de la clinique entre le 20e et le 25e jour qui a suivi l'opération.

Pour l'enfant : Césarienne haute: un enfant a été ranimé assez difficilement. Il a crié 1 h 1/2 après l'extraction. Par la suite, il a présenté quelques mouvements convulsifs. Il offrait une attitude de présentation du front manifeste. La bosse

séro-sanguine est légère sur le front et le pariétal gauche. — Les 2 autres enfants ont crié aussitôt l'extraction.

Césarienne basse: un enfant qui respirait régulièrement au moment de sa naissance meurt 20 minutes après, sans avoir crié. A l'autopsie on trouve un foie et une rate un peu gros.

Le 2ème enfant est né en excellent état.



DEUXIEME PARTIE

ETUDE SYNTHETIQUE

L'étude analytique nous a amené à diviser les présentations du front en deux groupes. Cette distinction nous a paru légitime au point de vue de l'évolution et de la thérapeutique de ces présentations.

D'un côté les cas où la tête s'engage et où l'accouchement se passe spontanément ou avec une application de forceps facile.

De l'autre, les cas où la tête reste élevée avec une dilatation qui ne progresse pas, et où une intervention importante est nécessaire.

ETIOLOGIE

1^e Groupe

Du côté maternel: Les primipares sont beaucoup plus nombreuses que les multipares. Deux fois le placenta est inséré sur le segment inférieur. Une fois l'utérus est contracturé.

Le bassin est normal.

Du côté du fœtus : Sauf deux cas où il est extrait au forceps le fœtus n'est pas très volumineux puisqu'aucun ne pèse plus de 3200 gr. et que le Bi P. ne dépasse pas 9 cm 5.

Du côté des annexes: deux fois un excès de liquide peut être mis en cause au même titre que pour les autres présentations vicieuses.

2^e Groupe

Du côté maternel: il y a autant de primipares que de multipares. Mais ce qui prime toutes les autres causes, c'est le rétrécissement du bassin que l'on retrouve 9 fois sur 14.

L'obliquité utérine existe aussi une fois.

Du côté du fœtus : Dans l'ensemble, le fœtus est plus volumineux que pour le 1^{er} groupe.

Du côté des annexes, on note, une fois un circulaire du cordon, une fois un excès de liquide.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans les deux groupes, la rupture des membranes se produit le plus souvent avant la dilatation complète, soit au début du travail, soit un peu plus tard.

La dilatation est toujours très longue à se produire. Dans les cas où l'on est intervenu par voie haute, elle n'était pas complète.

EVOLUTION

1^e *Groupe* : accouchements spontanés avec des enfants petits Forceps sur une tête qui se trouve dans l'excavation ou à la vulve.

2^e *Groupe* : l'accouchement n'est jamais naturel et nécessite une intervention difficile obstétricale ou chirurgicale.

RESULTATS

Premier Groupe

Pour la mère le résultat a été excellent puisqu'aucune n'est morte.

Cependant les lésions du périnée sont fréquentes, on les retrouve dans 31 p. 100 des cas.

Pour l'enfant. — Si on exclut les cas où l'enfant était mort avant le début du travail et ceux où il était mort pour une autre raison que la présentation, on trouve un seul décès soit 5,8 p. 100.

2^e Groupe

Forceps : 4 enfants morts sur 7 et une femme.

Symphyséotomies : un enfant mort sur 2.

Une femme a eu une déchirure de la vessie qui a été suturée immédiatement avec un bon résultat.

Césariennes : Les 3 césariennes hautes ont don-

né un bon résultat pour les mères, mais deux fois on a dû faire une hystérectomie.

Un enfant a été ranimé assez difficilement.

Les 2 césariennes basses : Une femme opérée de césarienne basse sans drainage est morte le 2ème jour, de péritonite.

Une enfant n'a respiré que 20 m. Le foie et la rate un peu gros à l'autopsie, un excès du liquide au 8ème mois, font soupçonner la syphilis, mais il n'y a pas d'autre signe de cette affection.

THERAPEUTIQUE

1^e groupe. — La conduite à tenir ne diffère pas de celle qui est admise pour les présentations du sommet. On est en droit d'espérer un accouchement spontané surtout si le fœtus paraît petit.

Mais si l'enfant donne des signes de souffrance ou s'il y a une autre indication de terminer l'accouchement, c'est au forceps que l'on aura recours.

2^e groupe. — La tête n'est pas engagée ou elle reste à la partie haute de l'excavation. On a le choix entre le forceps, la symphyséotomie, la césarienne.

Cependant il ne faut pas prolonger trop longtemps l'expectative. Les membranes étant toujours rompues, il y a des risques d'infection dan-

gereuse pour la mère et gênante pour une intervention par voie haute. De plus, l'enfant souffre et le modelage de la tête peut provoquer une hémorragie méningée.

LES FORCEPS

Nous avons vu au chapitre analytique les difficultés et les dangers du forceps. Ou bien la tête ne s'engage pas ou bien elle s'engage mais subit des compressions telles que l'enfant meurt. C'est une basiotripsie déguisée.

LES SYMPHYSEOTOMIES

Le parallèle entre la symphyséotomie et la césarienne a été fait bien souvent depuis 30 ans; ce sujet a donné lieu à des discussions interminables.

Notre première observation, après beaucoup d'autres, montre 2 des gros inconvénients de cette opération: il faut souvent la faire suivre d'une application de forceps et la vessie risque d'être déchirée.

Cependant, si les partisans de la symphyséotomie sont aujourd'hui en bien petit nombre, cette opération trouverait peut-être des indications intéressantes pratiquées dans quelques cas favorables: et selon la technique de Zarate. Notre 2^e observation semble le démontrer.

LES CESARIENNES

Toutes les indications ont été posées après un examen approfondi et une épreuve du travail assez prolongée pour montrer que l'accouchement par les voies naturelles était impossible. Les indications opératoires sont :

Le rétrécissement du bassin;

L'arrêt de la dilatation;

Les complications du côté du col.

La crainte de rupture utérine.

Les cas de mort de la mère et de l'enfant sont peut-être dus à une attente trop prolongée.

LES OBSERVATIONS

Les accouchements spontanés

Obs. I (1171 de 1920). — G. L. 21 ans, primipare. Rupture précoce des membranes. Accouchement spontané au cours du 9ème mois. Dégagement en F.P. Durée de la dilatation 7 h. 15, de l'expulsion 35 m. Enfant vivant pesant 2980 gr. Bosse séro-sanguine légère.

Obs. II (2200 de 1920). — C. M. 19 ans, primipare. Rupture précoce des membranes. Accouchement spontané. Dégagement en face. Durée de la dilatation 19 h., de l'expulsion 2 h. 45. Enfant vivant de 3210 gr. Infiltration marquée au niveau de la région frontale avec phlyctènes sur la paupière supérieure gauche.

Obs. III (359 de 1921). — Multipare (3ème gestation) ayant accouché antérieurement d'enfants vivants se présentant par le sommet. Rupture prématurée des membranes. Accouchement spontané. Dégagement en F. P. Durée de la dilatation

13 h. 40, de l'expulsion 1 h. 40. Enfant vivant de 3070 gr.

Obs. IV (979 de 1922). — L. M. 20 ans, primipare. Accouchement spontané, dégagement en face. Rupture prématurée des membranes. Durée de la dilatation 72 h. 45, de l'expulsion 30 m. Enfant vivant de 2840 gr.

Obs. V (1168 de 1922). — M. G. 39 ans, multipare (8ème gestation). Rupture prématurée des membranes. Accouchement spontané, dégagement en F.P. Durée de la dilatation 22 h., de l'expulsion 4 h. 10. Mort de l'enfant à la fin de la période d'expulsion. Poids 3200 gr.

Obs. VI (197 de 1923). — L. S. 32 ans, primipare. Rupture précoce des membranes. Accouchement spontané au cours du 9ème mois. Durée de la dilatation 13 h., de l'expulsion 2 h. Dégagement en F.P. Déchirure incomplète du périnée. Enfant vivant pesant 2180 gr.

Obs. VII (215 de 1926). — G. G. 42 ans, multipare (6ème gestation). Rupture tempestive des membranes. Accouchement spontané, dégagement en mento-pubienne (déflexion à la fin du travail). Durée de la dilatation 3 h. 30, de l'expulsion 5 m. Enfant vivant de 2670 gr.

Obs. VIII (334 de 1927). — G. S. 16 ans, primipare. Accouchement spontané au cours du 8ème mois. Rupture artificielle des membranes. Dégagement en naso-transverse. Durée de la dilatation 13 h., de l'expulsion 1 h. 30. Enfant vivant de 2700 gr.

Obs. IX (796 de 1928). — D. S. 23 ans, primipare. Bassin très légèrement rétréci. Rupture précoce des membranes. Accouchement spontané. Dégagement en mento-pubienne (déflexion à la fin du travail). Durée de la dilatation 21 h. 30, de l'expulsion 2 h. Enfant vivant de 3000 gr. Déchirure incomplète du périnée.

Obs. X (2610 de 1928). — V. J. 32 ans, primipare. Rupture prématurée des membranes. Accouchement spontané, dégagement en F.P. Enfant mort au début du travail. Durée de la dilatation 59 heures 30, de l'expulsion 45 m. Insertion basse du placenta sans hémorragie (membranes 30/4). Poids de l'enfant 3140 gr; présentant un début de macération.

Obs. XI (1178 de 1929). — A. E. 30 ans, multipare (5ème gestation). Mort du fœtus avant le début du travail, chez une femme syphilitique traitée irrégulièrement. Rupture précoce des mem-

branes. Expulsion spontanée. Durée de la dilatation 9 h., de l'expulsion 15 m. Enfant mort et macéré pesant 2770 gr.

Les forceps faciles.

Obs. XII (1284 de 1920). — J. M. 27 ans, primipare. Rupture prématurée des membranes. Présentation de la face, puis du front. Durée de la dilatation 43 h. 30. Application de forceps sur la tête engagée en N.T., motivée par la souffrance fœtale. Dégagement en N.P. Enfant vivant pesant 2500 gr. Délivrance artificielle pour placenta marginal.

Obs. XIII (1601 de 1922). — B. L. 18 ans, primipare. Accouchement gémellaire au cours du 9ème mois. Rupture artificielle des membranes. La dilatation est complète au bout de 31 h., 2 h. 1/2 plus tard, on applique le forceps sur le 1er fœtus parce que la tête qui est dans l'excavation ne progresse plus. Au cours des tractions la tête se défléchit et se présente en face. Enfant vivant de 2280 gr. Déchirure de la fourchette. Version sur le 2ème fœtus. Suites de couches normales.

Obs. XIV (334 de 1923). — L. H. 16 ans, primipare. Albuminurie du travail. Crise d'éclampsie à

la dilatation complète. Durée de cette dilatation 28 h. 45. Application de forceps, dégagement en face. Enfant vivant pesant 3700 gr. Déchirure complète du périnée.

Obs. XV (570 de 1923). — C. E. 28 ans, primipare. Rupture précoce des membranes. La dilatation est complète au bout de 51 h. 45. A ce moment la température de la mère est de 38 ° 8, le pouls est à 120. Etant donné la souffrance fœtale on fait une application de forceps sur la tête qui se trouve dans l'excavation. Enfant en état de mort apparente rapidement ranimé. Suites des couches fébriles.

Obs. XVI (1102 de 1923). — L. R. 28 ans, primipare. Gestation gémellaire : accouchement au cours du 9ème mois. Durée de la dilatation 17 h. 30. Forceps sur le 1er fœtus pour modification des bruits du cœur. (Tête dans l'excavation, pro-cidence d'une main.) Enfant vivant 1930 gr. Extraction du 2ème présenté par le siège. Délivrance artificielle. Déchirure de la fourchette.

Obs. (1059 de 1924). — G. M. 33 ans, primipare. Le début du travail s'est passé en ville: rupture artificielle des membranes, injection d'hypophyse, application de forceps. Durée de la dilatation 12

heures. A l'arrivée de la femme à la clinique vers la 16ème heure, on fait une application de forceps pour souffrance fœtale. Enfant non ranimé. Episiotomie bilatérale de 1 cm. Phlébite de la mère.

Obs. XVIII (801 de 1926). — H. A. 26 ans, primipare. Tuberculose ulcéro-caséuse bi-latérale évolutive. Accouchement au cours du 9ème mois. Durée de la dilatation 39 h. 30. Après 1 h. 1/2 d'efforts expulsifs infructueux, on fait une application de forceps à la vulve. Enfant de 1530 gr., qui a respiré 20 minutes. Il présente en bretelle, sur l'épaule gauche un sillon de strangulation. Délivrance artificielle pour incarceration du placenta.

Obs. XIX (801 de 1927). — P. M. 28 ans, secondipare. Rupture prématurée des membranes. Durée de la dilatation 11 h. Après 4 h. d'efforts expulsifs on applique le forceps sur la tête qui est à la partie moyenne de l'excavation et ne progresse pas. Enfant vivant de 3020 gr. Déchirure superficielle du périnée.

Les forceps difficiles.

Obs. XX (233 de 1919). — G. H. 28 ans, primi-

pare. Bassin rétréci: promontoire accessible à 11 cm, lignes innominées redressée. Rupture précoce des membranes. Durée de la dilatation 11 heures, mais la tête ne s'engage pas. L'exploration semble montrer qu'il n'y a pas de disproportion entre la tête et le bassin. On fait 2 applications de forceps mais l'engagement ne se produit pas. On extrait alors par version un enfant de 3550 gr. qui n'est pas ranimé. Suites des couches normales.

Obs. XXI (298 de 1919). — C. C. 32 ans, secondipare. Rupture prématurée des membranes. Durée de la dilatation 18 h. 10. Après 2 heures d'efforts expulsifs, M. Trillat décide de terminer au forceps parce que la tête ne progresse pas. Dégagement selon les diamètres buccaux. Enfant vivant de 3460 gr.

Obs. XXII (121 de 1922). — J. J. 34 ans, secondipare. Bassin rétréci: promontoire accessible à 10 cm 3. Rupture prématurée des membranes. Durée de la dilatation 54 heures. Après 3 heures d'efforts expulsifs on veut faire une application de forceps au D.S.; on reconnaît alors qu'il y a un circulaire du cordon et l'enfant meurt. L'enfant pesant 2950 gr. est alors extrait par basiotripsie. La femme meurt d'infection généralisée le 5ème jour.

Obs XXIII. — L. M. 18 ans, primipare. Pneumothorax artificiel au 9ème mois de la gestation dans le service du Dr Rist. Rupture prématurée des membranes. La dilatation est complète au bout de 21 h. 40. A ce moment on applique le forceps sur la tête qui est au D.S. parce que le fœtus donne des signes de souffrance. Rotation difficile. Episiotomie double, extraction d'un enfant étonné rapidement ranimé, pensant 2500 gr.

Obs. XXIV (361 de 1926). — B. J. 23 ans, primipare. Excès de liquide constaté au 9ème mois. Rupture artificielle des membranes. Durée de la dilatation 13 heures. Application de forceps 3 h. plus tard pour souffrance fœtale. Tête à la partie haute de l'excavation. La rotation est particulièrement difficile. Enfant vivant étonné, pesant 3100 gr. Episiotomie bilatérale. Dégagement selon des diamètres buccaux.

Obs XXV (2346 de 1927). — B. C. 38 ans, secondipare. Début du travail en ville. Enfant mort quelques jours avant le début du travail. Durée de la dilatation 11 h. Rupture artificielle des membranes. 3 tentatives de forceps sur la tête qui ne s'engage pas. On amène alors la femme à la clinique où l'on termine par cranioclasie. Enfant macéré.

Obs. XXVI (2699 de 1929). — R. L. 24 ans, primipare. Rupture précoce des membranes. Durée de la dilatation 54 h. Forceps pour souffrance fœtale 2 h. plus tard. Enfant vivant de 3020 gr. criant aussitôt. 4 jours plus tard il présente des plaques de cyanose, de la pâleur de la face et meurt. À l'autopsie: hémorragie intra-cranienne mais non ventriculaire.

Les symphyséotomies

Obs. XXVII (426 de 1922.). — H. M. 32 ans, secundipare. Rupture artificielle des membranes. Durée de la dilatation 19 h. 30. Bassin plat rachitique: promontoire atteint à 10 cm 8; tête non engagée. Une symphyséotomie est pratiquée. Application de forceps difficile. Enfant de 3625 gr. qui peut être ranimé. Déchirure de la portion inférieure de la vessie. Suture immédiate de la vessie et de la plaie symphysaire. Guérison.

Obs. XXVIII (542 de 1929). — B. S. 21 ans, primipare. Rupture précoce des membranes. Durée de la dilatation 39 heures. Bassin légèrement rétréci. La tête ne progresse pas et l'on décide une symphyséotomie selon la méthode de Zarate. Incision de 2 cm sur la lèvre antérieure du col. Expulsion en 1 heure d'un enfant vivant de 3210 gr.

Les césariennes

Obs. XXIX (923 de 1919). — A. L. 34 ans, 3ème gestation actuelle. Rupture prématurée des membranes. 48 heures après le début du travail, M. Couvelaire décide de pratiquer une césarienne parce que, déchirures anciennes du col, bassin généralement rétréci, gros enfant avec tête au D.S.; et de terminer par hystérectomie, les membranes étant rompues depuis 58 heures. Enfant de 3900 gr. ranimé assez difficilement et qui a crié au bout de 1 h. 1/2. Il a présenté par la suite quelques convulsions. Suites opératoires normales. L'enfant a gardé pendant un an une attitude en hyperextension céphalique qui a progressivement disparu. Il est actuellement vivant et bien portant.

Obs. XXX (2087 de 1920). — L. J. 32 ans, 4ème gestation. Rupture précoce des membranes. 7 h. 45 après le début du travail, M. Couvelaire décide une opération césarienne en raison de: 3 accouchements antérieurs difficiles, l'obliquité utérine, la disproportion entre le volume de la tête fœtale et le bassin maternel (promontoire accessible à 10 cm 5). Césarienne haute conservatrice. Enfant vivant de 3050 gr. Suites normales.

Obs. XXXI (1117 de 1923). — G. 31 ans, secundipare. Rupture précoce des membranes. Bassin généralement rétréci, promontoire atteint à 9 cm 4. Dilatation de 5 f. La femme est en travail depuis 34 heures, les membranes sont rompues depuis 18 heures. M. Portes décide de faire une césarienne avec hystérectomie. Enfant vivant de 4100 gr. Suites normales.

Obs XXXII (2226 de 1926). — J. B. 19 ans, primipare. Rupture précoce des membranes. La dilatation est complète en 37 h. 30. Après 4 heures d'efforts expulsifs la tête n'est toujours pas engagée. Membranes rompues depuis 39 h. 30. M. Portes conseille l'opération césarienne basse. Extraction d'un enfant vivant de 2780 gr. La femme meurt de péritonite le 2ème jour.

Obs. XXXIII (2762 de 1927). — R. C. 22 ans, primipare. Bassin généralement rétréci, promontoire non atteint, lignes innommées suivies plus loin que normalement, sacrum redressé dans ses 2/3 supérieurs. Etant donné la dilatation incomplète à 5 f. avec œdème du col et le rétrécissement du bassin, M. Portes décide de terminer l'accouchement par une césarienne basse avec drainage. Enfant de 2762 gr. qui respire 20 m. et meurt sans avoir crié. A l'autopsie on trouve que le foie et la rate

sont un peu gros. Suites opératoires fébriles, la malade sort guérie 1 mois 1/2 après l'intervention.

CONCLUSIONS

1. Il y a lieu de distinguer 2 variétés de présentation du front : 1° les présentations du front qui s'engagent et se terminent d'une façon favorable; 2° les présentations du front dystociques, la tête ne s'engageant pas.

2. Dans le 1er groupe les enfants sont petits.

Dans le 2ème groupe le facteur le plus important est le rétrécissement du bassin.

3. Le pronostic est bon dans le 1er cas: la mortalité maternelle est nulle, la mortalité fœtale est de 5,2 % si on exclut les morts dues à une autre cause que la présentation du front.

Dans le 2ème groupe le pronostic est grave : la mortalité maternelle est de 14,2 %, la mortalité fœtale de 42,8 %.

4. Au point de vue thérapeutique :

1er groupe : expectative et application de forceps qui a les mêmes indications que pour les autres présentations céphaliques.

2ème groupe: Le forceps est à rejeter complètement.

L'opération césarienne est l'intervention de choix. Elle doit être pratiquée suivant la technique transpéritonéale basse dès que l'évolution spontanée paraît impossible.

Dans quelques cas rares avec bassin limite, chez les multipares à tissus souples, la symphysectomie peut donner de bons résultats.

Vu, le Doyen,

Vu, le Président,

pour le Doyen,

COUVELAIRE

L'Assesseur :

BALTHAZARD

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- Baudelocque.** — L'art des accouchements, Paris 1781.
- Madame Lachapelle.** — Pratique des accouchements, Tome I, Paris 1820.
- Chailly.** — Revue médicale 1844.
- Jacquemier.** — Traité d'obstétrique 1846.
- Schatz.** — Archiv. für. Gynakologie 1873.
- Gravier.** — De la conduite à tenir dans les présentations de la face. (Thèse de Paris 1893).
- Varnier.** — Rapport au Congrès de Moscou 1897.
- Wallich.** — La symphyséotomie dans les présentations persistantes du front. (Soc. d'Obst. de Gyn. et de Pédiatrie, janvier 1902).
- Pinard.** — Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie. Séance du 11 juin 1902 et du 15 juin 1908.
- Chevalier.** — Thérapeutique des présentations persistantes du front. (Thèse de Paris 1909).
- Rossier.** — Les indications des pelvitomies. IVe Congrès de l'Association des Gynécologues et obstétriciens de langue française. Paris 1925).

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

111